

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0016503

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9390 Société : CA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MARCHOUJ SAND Date de naissance : 31.01.1965

Adresse : 0611892093

Tél. : 0611892093 Total des frais engagés : 399.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ZAGHLOUL

Pédiatre

19, Bd. Bordeaux - CASA

Tél. : 0522 29 39 71

GSM : 0661 13 51 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/19

Nom et prénom du malade : MARCHOUJ SAND Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Valvulaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11.9.19	2		2750	Dr. ZAGHLOU Pédiatre 19, Bd. Bordeaux - CASA Tél.: 0522 29 39 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/9/19

10900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

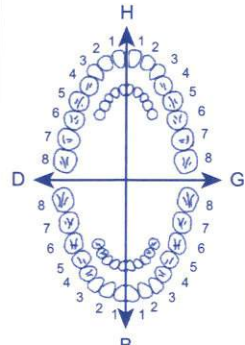
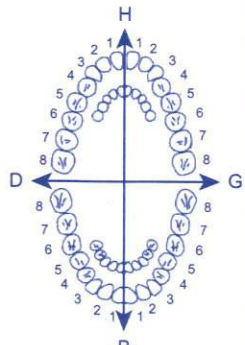
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZAGHLOUL Jamal
PEDIATRE

Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants
C.H.U. Ibn Rochd Casablanca
Médecin Expert Assermenté

19, Bd Bordeaux - 1er étage
(en face du Cinéma Verdun)
CASABLANCA

☎ { 05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

لدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال
طبيب مساعد سابقا بمستشفى الأطفال
المركز الصحي الجامعي ابن رشد
طبيب خبير محلف

19 ، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع ☎
05.22.20.06.52 }
06.61.13.51.13

Casablanca, le 11. 9. 19

MAROUANI IMANE

Dol jma 130

1 2 3 11

149.10 Zrinda



PHARMACIE D'ANFA
LAHLOU NABIL KHALID
75, Place Oued El-Makhazine
des 4 Rois (ex. Place de Verdun)
Tél: 0522 27 39 49 - Casablanca

Dr. ZAGHLOUL J
pédiatre

19, Bd. Bordeaux - CASA
Tél.: 0522 29 39 71
GSM: 0661 13 51 13

Priorix™



Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection
Poudre et solvant pour solution injectable
Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use
Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire
Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 625483

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 149,00 DH



6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

Priorix™



1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies
©2017 GSK group of companies

